

være korrekt, at der ikke er forfærdelig store ressourcer påkrævet ved at give behandling til at få barn nummer to, så vil det være væsentligt for vores stillingtagen til, hvorvidt vi mener, at der skal være en sådan afgrænsning, at det kun skal være barn nummer et, man skal have tilbudt til, og ikke barn nummer to, hvis barn nummer to så at sige ikke belaster de offentlige ressourcer forfærdelig meget.

Kl. 17.15

Vi er lodret imod, at det skal være en læge, der skal vurdere, om forældrene er egnede til at få et barn. Vi mener ikke, at det skal være en læge. Lægegruppen er ikke en faggruppe, som har redskaber til en sådan vurdering. Det fremgår også tydeligt af en del af de høringssvar, som Lægeforeningen er kommet med, at det ikke er en opgave, lægerne ønsker bliver dem pålagt.

Vi er meget i tvivl om, hvorvidt det overhovedet er nødvendigt at lave et sådant indgreb. Problemet er jo nærmest fraværende i de situationer, hvor en sådan problemstilling er relevant, og hvor det er relevant at give læger et sådant redskab.

I forhold til hvorvidt et befrugtet eller et ubefrugtet æg skal kunne opbevares af det offentlige sundhedsvæsen, er det vores holdning, at det ofte er et ubehageligt forløb for en kvinde at komme igennem den behandling, som er nødvendig for at udtage æg, og derfor skal hun ikke unødvendigt udsættes for det. Og hvis der er overskydende æg, skal de kunne gemmes, så de kan bruges. I stedet for at cellerne smides ud i en skraldespand, kan de jo gøre gavn med donorens samtykke.

Det samme mener vi skal være gældende i forhold til at kunne gemme æggene. Æggene skal kunne gemmes, indtil behandlingen er gennemført ud fra det argument, som jeg lige har anført.

Herudover mener vi som tidligere sagt, at også det her forslag fastholder idealbilledet af den her Ajaxfamilie med en mor og en far og børn frem for ligesom at tage udgangspunkt i virkeligheden, hvor et par kan bestå af mange forskellige konstellationer; det kan godt være to af samme køn, og der kan også godt være enlige kvinder, som er egnede til at være forældre.

Derfor mener vi, at § 3, som går ind og definerer et par som værende mand og kvinde, skal fjernes. Og det er vi glade for at også Socialdemokraterne nu støtter op bag.

Det samme gælder kvinders ret til at donere æg. Der mener vi også, at det er kønsdiskrimina-

tion, at mænd godt må donere sæd, men at kvinder ikke må donere æg. Så det skal kvinder også have mulighed for at gøre. Det er i hvert fald noget, som vi vil kigge nærmere på og gå ind i under udvalgsbehandlingen, for der kan sagtens være kvinder, der f.eks. er kræftamte og derfor ikke kan blive gravide, og som ikke er i stand til at fremskaffe æg efter hormonbehandling og derfor vil have gavn af, at andre kvinders æg er tilgængelige.

Herudover er der altså et problem, som vi ikke forstår stadig væk gælder, og som vi også gerne vil have ændret. Det er, at begge forældre ikke må være infertile i forhold til den eksisterende lov. Vi synes, det er mærkeligt, at man gerne vil hjælpe, hvis en af forældrene ikke er fertil. Det vil sige, at hvis faderen er infertil, vil man gerne hjælpe parret, og hvis moderen er det, kan man også godt hjælpe parret, men hvis begge forældre er det, så kan de ikke modtage hjælp.

Det synes vi er noget, som vi også skal kigge nærmere på, for hvis nu der er et par, hvor både manden og kvinden ikke af egen hjælp kan blive gravide, så burde det være muligt, at de også kan få hjælp.

Så der er en lang række situationer, som vi skal have afklaret under udvalgsbehandlingen, før vi kan tage endelig stilling til det samlede lovforslag.

Vi håber på, at ministeren vil imødekomme os. Det er med meget positiv ånd, at vi går ind i det her arbejde, og vi vil også være villige til at lave de ændringer, som kan gøre, at vi ender med et lovforslag, som kan få en bred tilslutning.

Naser Khader (RV):

Ligesom forrige forslag, L 209, er vi i Det Radikale Venstre positive over for nogle elementer, men er imod nogle andre elementer.

Men først de elementer, regeringen vil have ændret. Lovforslaget indeholder forslag om indførelse af fælles standarder for tilbud om behandling med kunstig befrugtning på landsplan. Det er især bestemmelsen om, at der i det offentlige sygehusvæsen kun må ydes behandling med kunstig befrugtning med henblik på at få ét barn.

Vi er enige i at ophæve 37- og 40-års-reglen, men er ikke enige i klausulen om kun ét barn i offentlig behandling, for det er jo marginale omkostninger, hvis det er et prioriterings spørgsmål. Og hvis man skal prioritere, så er det ikke